

Kuni, Horst

Die Phasen der medizinischen Ausbildung

Beckmann, Hans-Karl [Hrsg.]: Lehrerausbildung auf dem Wege zur Integration. Weinheim ; Berlin ; Basel : Beltz 1971, S. 105-108. - (Zeitschrift für Pädagogik, Beiheft; 10)



Quellenangabe/ Reference:

Kuni, Horst: Die Phasen der medizinischen Ausbildung - In: Beckmann, Hans-Karl [Hrsg.]: Lehrerausbildung auf dem Wege zur Integration. Weinheim ; Berlin ; Basel : Beltz 1971, S. 105-108 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-232489 - DOI: 10.25656/01:23248

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-232489>

<https://doi.org/10.25656/01:23248>

in Kooperation mit / in cooperation with:

BELTZ JUVENTA

<http://www.juventa.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen. Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Zeitschrift für Pädagogik

10. Beiheft

Zeitschrift für Pädagogik

10. Beiheft

Lehrerausbildung
auf dem Wege
zur Integration

Herausgegeben von Hans-Karl Beckmann

Verlag Julius Beltz · Weinheim · Berlin · Basel

Anschriften der Autoren dieses Heftes:

- Hochschuldozentin Dr. Gertrud Achinger, 3001 Altwarmbüchen, Königsbergerstr. 5
Oberstudienrat i. H. Dr. Hans-Werner Baumann, 35 Kassel, Helfensteinstr. 48
Prof. Dr. Hans-Karl Beckmann, 32 Hildesheim, Greifswalder Str. 24c
Prof. Dr. Ulrich Bleidick, 2 Hamburg 13, Sedanstr. 18/19, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Fachausschuß 9, Sonderpädagogik
Ob. St. Dir. Dr. Kurt Fackinger, 63 Gießen, Reichenberger Str. 3
Wiss. Ass. Dr. Klaus Feldmann, 2848 Vechta, Mühlenstr. 41
Prof. Dr. phil. habil. Gert Heinz Fischer, Oberstudiendirektor, Leiter des Studienseminars I für das Höhere Lehramt an Gymnasien in Kassel, 35 Kassel-Harl., Buchenweg 20
Prof. Dr. Helmut Freiwald, 29 Oldenburg, Wittsfeld 72
Prof. Dr. Gustav Grüner, 6101 Seeheim, Wingertsweg 20
Roland Hein, 355 Marburg/L., Forschungsstelle für vergl. Erziehungswissenschaft an der Universität Marburg, Am Krummbogen 28
Prof. Dr. Wilhelm Himmerich, 6251 Eschhofen, Bahnhofstr. 44
Ass. des Lehramts Dr. Hartmut Hoefer, 33 Braunschweig, Donnerburgweg 50
Wiss. Ass. Dr. Dietrich Hoffmann, 34 Göttingen, Bühlstr. 2
Oberstudienrat i. H. Dr. Hans Arno Horn, 6 Bergen-Enkheim, Danziger Str. 3
Akad. Rat Dr. jur. Eberhard Knittel, 355 Marburg/L., Savignyhaus, Universitätsstraße 6
Priv.-Doz. Dr. med. Horst Kuni, 355 Marburg/L., Lahnstr. 4a, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin
Prof. Dr. Dieter Lüttge, 32 Hildesheim, Braunsberger Str. 48
Prof. Dr. Hans Rauschenberger, 6 Frankfurt/M 50, Kurzröderstr. 7
Prof. Dr. Wolfgang Roscher, 32 Hildesheim, Carlo-Mierendorff-Str. 53
Prof. Dr. Friedrich Roth, 6051 Nieder-Roden, Leipziger Ring 279
Dr. Leo Roth, Päd. Hochschule Niedersachsen, Abt. Göttingen, Empirisches Forschungs- und Lehrzentrum, 34 Göttingen, Waldweg 26
Prof. Dr. Georg Rückriem, 4401 Roxel bei Münster, Danziger Straße 8
Prof. Dr. Tobias Rülcker, 1 Berlin 41, Oehlertring 27
Prof. Dr. Karl Sauer, 314 Lüneburg, Thornerstr. 10
Wiss. Ass. Hans J. Schmidt, 314 Lüneburg, Magdeburger Str. 66
Prof. Dr. Kay Spreckelsen, 334 Wolfenbüttel, Kleine Breite 16
Prof. Dr. Hartmut Vogt, 46 Dortmund-Hörde, Alemannenstr. 4
Prof. Dr. Gerhard Wehle, 404 Neuss, Lörickstr. 37

Inhalt

Vorwort

I. Gegenwärtige Situation der Lehrerausbildung

GERHARD WEHLE	Ausbildung der Lehrer an Grund- und Hauptschulen	1
KURT FACKINER	Situation und Probleme der Gymnasiallehrausbildung aus der Sicht der zweiten Phase	9
GUSTAV GRÜNER	Das Studium der Lehrer an beruflichen Schulen in der BRD — Tatbestände und Probleme	15
ULRICH BLEIDICK	Die Ausbildung der Lehrer an Sonderschulen	23
HARTMUT VOGT	Lehrerbildung in der DDR	31
HANS ARNO HORN	Die Lehrerausbildung in Schweden	49
ROLAND HEIN	Die Lehrerausbildung in Frankreich	61

II. Reformvorschläge in systematischer und vergleichender Sicht

GERT HEINZ FISCHER	Stellungnahmen und Modelle zur Lehrerausbildung — Anmerkungen zum Stand der Diskussion	73
EBERHARD KNITTEL	Reform der Juristenausbildung	97
HORST KUNI	Die Phasen der medizinischen Ausbildung	105

III. Hochschuldidaktische Probleme der Lehrerausbildung

1. Die „Grundwissenschaften“ in der Lehrerausbildung

GEORGE RÜCKRIEM	Stellung und Funktion der Erziehungswissenschaften in der Lehrerausbildung	109
TOBIAS RÜLCKER	Die Funktion der Erziehungswissenschaft in der Lehrerbildung	117
HELMUT FREIWALD	Antwort an die Erziehungswissenschaft aus der Sicht der Politikwissenschaft	123
DIETER LÜTTGE	Stellung und Funktion der Psychologie in der Lehrerausbildung	129
GERTRUD ACHINGER/ KLAUS FELDMANN	Stellung und Funktion der Soziologie in der Lehrerausbildung	135

2. Die Stufenproblematik

HANS RAUSCHENBERGER	Die Spezialisierung der Lehrerausbildung auf Schularten und Schulstufen	141
---------------------	---	-----

3. Fachdidaktik zwischen Erziehungswissenschaften und Fachwissenschaften

WILHELM HIMMERICH	Fachdidaktik zwischen Erziehungswissenschaft und Fachwissenschaften	149
WOLFGANG ROSCHER	Ästhetische Erziehung heute — Hochschuldidaktische Probleme und Bezugssysteme	155
KAY SPRECKELSEN	Inhalte der Fachdidaktik am Beispiel der Entwicklung naturwissenschaftlicher Curricula	161

4. Das Theorie-Praxis-Problem in der Lehrerausbildung

HANS-KARL BECKMANN	Das Verhältnis von Theorie und Praxis als Kernfrage für eine Reform der Lehrerausbildung	167
GERT-HEINZ FISCHER	Praxis im Rahmen des Studiums und der Berufseinführung	179
FRIEDRICH ROTH	Ein Zentrum für Lehrerausbildung und Hochschuldidaktik	187

IV. Besprechungen

KARL SAUER	Hans-Karl Beckmann: Lehrerseminar-Akademie-Hochschule	197
HARTMUT HOEFER	Hans-Günther Bigalke: Studienseminar und Lehrerausbildung	199
LEO ROTH	Karl Frey und Mitarb.: Der Ausbildungsgang der Lehrer	203
HANS-WERNER BAUMANN	Gottfried Preissler: Versuche zur Volksschul- und Gymnasiallehrerausbildung	207
DIETRICH HOFFMANN	Heinrich Roth: Erziehungswissenschaft, Erziehungsfeld, Lehrerbildung	209
HANS-J. SCHMIDT	Zur Reform des pädagogischen Studiums und der Lehrerausbildung, hg. von H.-K. Beckmann	213

Die Phasen der medizinischen Ausbildung*

Faßt man das gegebene Thema sehr weit auf im Sinne von „Aneignung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur berufsbezogenen Verwertung“, dann kann man die medizinische Ausbildung in 4 Phasen einteilen:

1. Studium
2. Medizinalassistentenzeit
3. Weiterbildung zum Facharzt
4. Fortbildung

Schränkt man aber den Begriff Ausbildung im Sinne von Berufsausbildung auf seine eigentliche Bedeutung ein und meint damit „Aneignung von Kenntnissen und Fähigkeiten als Voraussetzung für die Berufsausübung“, dann verbleiben 2 Phasen für die medizinische Ausbildung, und zwar die oben unter 1. und 2. aufgeführten.

Betrachten wir zunächst den wesentlichen Unterschied zwischen diesen beiden Phasen:

1. das Medizinstudium umfaßt zwar eine theoretische und eine praktische Ausbildung, die praktischen Übungen bestehen aber in der Regel in exemplarischen Exerzitien und weniger im Erwerb einer echten praktischen Erfahrung, so daß das Medizinstudium nach der alten Approbationsordnung einen sehr starken theoretischen Schwerpunkt besitzt. Ein wesentliches Kennzeichen dieser ersten Phase sind die zahlreichen Erfolgskontrollen, die z. T. recht detailliert bundeseinheitlich vorgeschrieben sind, wodurch sich eine gewisse minimale Standardisierung des Stoffes in qualitativer und quantitativer Hinsicht ergibt. Auch der Ort der Ausbildung ist im Gegensatz zur 2. Phase eng umschrieben: er besteht nämlich in einer Universität bzw. medizinischen Akademie.
2. Dagegen handelt es sich bei der sich an die ärztliche Prüfung (Staatsexamen) anschließenden Medizinalassistentenzeit um eine ausschließlich praktische Ausbildung, die von keiner nennenswerten Erfolgskontrolle begleitet wird. Man kann davon ausgehen, daß nur in ganz extrem seltenen, krassen Fällen eine Bescheinigung ausgestellt wird, die die Erteilung einer Approbation verhindert (in der Regel sind dazu eine Sucht, schwerste geistige oder körperliche Gebrechen u. ä. die Voraussetzung). Auch der Ort dieser Ausbildung ist nicht mehr so eng umschrieben. Sie findet nicht nur an den Universitäten, sondern an allen zugelassenen Krankenhäusern statt, an die so geringe Anforderungen gestellt werden, daß bis zu Krankenhäusern der Grundversorgung (ca. 200 Betten) auch recht kleine Krankenanstalten und Stationen bzw. Abteilungen zugelassen sind.

Der Vorteil dieser zweiphasigen Ausbildung besteht darin, daß man mit einem relativ

* Nach einem Vortrag in der Ev. Akademie der Landeskirche Kurhessen-Waldeck in Hofgeismar am 7. 3. 1971.

geringen Aufwand ein Minimum an erforderlicher praktischer Ausbildung erreicht. Ein Nebeneffekt für die Krankenhausträger bestand in der Gewinnung billiger Arbeitskräfte für Routinearbeiten durch diesen Zwangsabschnitt einer praktischen Ausbildung. Der Nachteil einer solchen Regelung war die z. T. geringe oder völlig fehlende Breite einer Ausbildung durch Verschleiß der Arbeitskraft in einer z. T. recht schmalspurigen Routine. Zudem fehlte für den praktischen Teil der Ausbildung jede Standardisierung und Erfolgskontrolle. Eine theoretische Untermauerung sowie eine wissenschaftlich unterstützte Reflektion der praktisch erworbenen Kenntnisse waren im Rahmen der praktischen Ausbildung in der Regel nicht möglich.

Als weiterer Nachteil dürfen die erheblichen arbeitsrechtlichen Schwierigkeiten nicht unerwähnt bleiben wie die Frage der Haftung für Fehler, das Fehlen der Krankenversicherungspflicht (nach abgeschlossenem Studium gehört man nicht mehr der Studentenkrankenkasse an, war aber als Auszubildender noch nicht krankenversicherungspflichtig, erhält man also derzeit z. B. auch keinen Arbeitgeberzuschuß zur Krankenversicherung), im Gegensatz dazu im Tarifrecht die Gleichstellung mit den Lehrlingen (als z. B. im öffentlichen Dienst die einmalige Gehaltszulage von DM 300,— gezahlt wurde, erhielten Medizinalassistenten nur DM 150,—) oder die völlige Verweigerung eines Tarifvertrages mit der Begründung, daß ein öffentlich rechtliches Ausbildungsverhältnis einer tarifvertraglichen Regelung nicht zugänglich sei. Offiziell dürfen den Medizinalassistenten als Auszubildenden keine Überstunden angeordnet werden, sie dürfen nicht zu Nacht- und Sonntagsarbeit herangezogen werden. Da sie sich aber im Rahmen ihrer Klinikstätigkeit einer solchen Dienstenteilung in der Regel nicht entziehen können und auch aus Gründen der Ausbildung und des guten kollegialen Verhältnisses zu den Ärzten gar nicht entziehen wollen, erhalten sie — weil nicht sein kann, was nicht sein darf — keine Vergütung ihrer Überarbeit und häufig genug auch keinen Freizeitausgleich.

Die neue Approbationsordnung, die in den nächsten Jahren nach verschiedenen Übergangsbestimmungen voll in Kraft treten wird, sieht eine Verschmelzung beider Phasen vor, wobei jedoch im 3. klinischen Studienabschnitt ein Schwerpunkt auf die praktische Ausbildung im Rahmen eines sog. Internatsjahres gesetzt wird. Diese praktische Ausbildung wird dadurch charakterisiert, daß an den Ausbildungsort höhere Ansprüche gestellt werden und damit die Ausbildung auf die Universitäten, die medizinischen Akademien sowie relativ wenige Lehrkrankenhäuser beschränkt bleiben wird, die in der Regel große Krankenhäuser der Zentralversorgung sein werden. Dadurch, daß auch dieser 3. klinische Studienabschnitt mit einer schriftlichen bundeseinheitlichen Prüfung abgeschlossen wird, handelt es sich auch hier um eine relativ intensive Erfolgskontrolle und eine verstärkte Standardisierung der Ausbildung. Die abschließende Erfolgskontrolle bringt für Lehrer und Lernende den Anreiz, auch während des Internatsjahres eine begleitende theoretische Ausbildung durchzuführen. Umgekehrt ist durch die Bestallungsordnung sichergestellt, daß in den ersten beiden klinischen Studienabschnitten mehr patientennahe praktische Übungen als bisher durchgeführt werden.

Selbstverständlich muß diese an sich begrüßenswerte Hebung der Ausbildungsqualität durch einen Nachteil erkauft werden. Da diese neue einphasige Ausbildung sehr finanz-, raum- und personalintensiv und nicht zuletzt auch patientenintensiv

ist (bei einem patientennahen Praktikum kann selbstverständlich einem Patienten nur eine gewisse Höchstzahl von Studenten zugemutet werden), werden die wachsenden Investitionen auf diesem Gebiet weitgehend von der qualitativen Ausbildungsverbesserung aufgezehrt werden und einer quantitativen Verbesserung der Ausbildung, also einem Abbau des *numerus clausus*, nicht zugutekommen können. Ja, man muß damit rechnen, daß sich der *numerus clausus* z. T. sogar verschärft.

Mit der Approbation ist die ärztliche Ausbildung beendet. Zweifelsohne beginnt mit der nun möglichen und von der Mehrzahl für erforderlich gehaltenen Spezialisierung eine neue Phase, dennoch handelt es sich bei der Spezialisierung zu einem Facharzt nicht um eine Aus- sondern um eine Weiterbildung.

Es fehlte nicht an Vorschlägen, die Spezialisierung für ein bestimmtes Fachgebiet schon während des Studiums beginnen zu lassen, so daß also mehrere Berufe als Studienabschluß resultieren würden. Wieder andere wollten tatsächlich eine *Facharzt-ausbildung* in dem Sinne, daß an ihrem (mit einer Prüfung) abgeschlossenen Ende besondere Berufsbilder resultierten. Schließlich hörte man den Vorschlag von Abschlüssen der Berufsausbildung in verschiedenen Stufen unterschiedlicher Qualifikation mit Einmündung in entsprechende Berufsbilder mit unterschiedlich qualifizierten Tätigkeitsmerkmalen. Dadurch, daß dieser letzte Vorschlag zugleich eine spätere Durchlässigkeit von einer Qualifikationsstufe zur nächst höheren in Frage stellte, wurde schnell das Hauptmotiv dieses Vorschlages deutlich: Man wollte hiermit eine größere Zahl von Arbeitskräften mit geringerem Ausbildungsaufwand erzeugen, die aufgrund geringerer Qualifikation billigere Arbeitskräfte darstellen und durch Erschwerung eines Aufstieges in dieser billigen Stufe festgehalten würden. Eine Spezialisierung durch unterschiedliche Qualifikation muß aber nicht nur derjenige ablehnen, der der angesprochenen Motivation nicht folgen kann, sondern auch jeder, der das Wohl des Patienten im Auge hat. Wird nämlich ein Teilqualifizierter später einzeln tätig, wird ein Patient selten beurteilen können, ob nicht etwa eine Behandlung versucht wird, für die die erforderliche Qualifikation fehlt. Dieses Argument würde entfallen für verschiedene Facharztberufe, da hier die gravierende Überschreitung eines Fachgebietes einem Patienten sicher häufiger, vielleicht sogar in der Regel auffallen würde. Die rasche wissenschaftliche Entwicklung in der Medizin verbietet es jedoch, so paradox es zunächst klingen mag, hier verschiedene Berufe zu schaffen, und zwingt vielmehr, bei einem einheitlichen Berufsbild zu bleiben.

Die Facharztweiterbildung wird ja völlig in der Selbstverwaltung der Ärzteschaft kodifiziert. Obwohl die Reglementierung damit viel beweglicher ist als bei einer gesetzlichen Regelung, spiegelt sie in keiner Weise die tatsächliche Spezialisierung in der Medizin wider. Gerade die Tatsache, daß sie dem Nichtarzt, also dem Patienten und damit rückwirkend natürlich auch vielen Ärzten so typisch für die Spezialisierung erscheint, erhellt ihren Hauptzweck: Gewissermaßen Aushängeschild bzw. Kennzeichnung des Arztschildes zu sein, daß der Praxisinhaber sich durch Weiterbildung für eine bestimmte Tätigkeit spezialisiert hat, damit also Kennzeichen für rund 1/3 aller Ärzte. Nur dieses Vorgehen ermöglicht eine freie Arztwahl. Bekanntlich darf nach unserem Kassenarztrecht eine Überweisung in der Regel nicht an den Spezialisten Dr. XYZ erfolgen, sondern nur allgemein „an einen Facharzt für . . .“. Der Patient wählt unter allen so gekennzeichneten aus. Für die übrigen 2/3 aller Ärzte, die z. T. auch Facharztbezeichnungen

tragen, gilt, daß die Facharztordnung weder die Vielfalt noch die Tiefe der Spezialisierung in der Medizin widerspiegelt. So gibt es an den Hochschulen, an bestimmten Instituten, an Schwerpunktkrankenhäusern viele Spezialdisziplinen, die in der Facharztordnung nicht oder noch nicht vorkommen und vielleicht auch nie auftreten werden, z. T. gerade wegen ihres einsamen Schwerpunktcharakters. Als Beispiel seien hier z. B. Handchirurgie, Hämatologie, Nuklearmedizin, Computermedizin usw. genannt. Andererseits gibt es Allgemeinärzte, die je nach der Beanspruchung durch ihre Patienten-klientel Schwerpunkte z. B. in der Geburtshilfe, der Unfallversorgung, der Laborpraxis, der Röntgentätigkeit, der Hautbehandlung haben und zwar dem Umfang der Tätigkeit nach nicht den Bereich eines Facharztes der entsprechenden Disziplin tangieren, sich aber hinsichtlich mancher vorhandenen speziellen Kenntnisse und Fähigkeiten mit ihm messen können. Die für die Versorgung der Patienten so wichtige Spezialisierung zum Facharzt bzw. für ein Fachgebiet kann also durch die fehlende gesetzliche Reglementierung und das Fehlen einer Aufzweigung in feste, starre Berufsbilder der Dynamik wissenschaftlichen Fortschritts viel flexibler angepaßt werden. Grenzgebiete zwischen konventionellen Fächern sind so leichter zugänglich als sie es als Niemandsland zwischen zwei verschiedenen festgefügtten Berufsbildern wären.

Die Facharztweiterbildung kann und darf also niemals eine eigentliche *Ausbildung* zu eigenen Berufsbildern sein. Daß ein solcher praxisbezogener Ausbildungsstatus *nach* einer abgeschlossenen wissenschaftlichen Ausbildung zu erheblichen Arbeits- Sozial- und tarifrechtlichen Schwierigkeiten führen kann, wurde schon am Beispiel der Medizinalassistenten erläutert. Da die Mindestkontrolle bei der qualifizierten Weiterbildung nur die Arbeit in einem Team entsprechender Spezialisten mit ständiger Konsultationspflicht trotz des Rechtes auf selbständige Berufsausübung sein sollte, muß die Facharztweiterbildung in der Regel im Krankenhaus, also meist im öffentlichen Dienst erfolgen. Damit besteht natürlich für den Arbeitnehmer ein sehr nachteiliges Abhängigkeitsverhältnis vom Arbeitgeber, der ja nicht den Lehrhern darstellt.

Die entschiedene Abwehr der Ärzte gegen eine Umwandlung der Facharztweiterbildung in eine Ausbildung bedeutet nicht, daß nicht ständig daran gearbeitet wird, durch spezifizierte Kataloge der zu erwerbenden Kenntnisse und Fähigkeiten und durch entsprechende Kontrollen das Niveau der Weiterbildung zu steigern. Auch für Spezialitäten außerhalb der Facharztordnung gibt es analoge Bemühungen durch wissenschaftliche Gesellschaften und Berufsverbände. Dasselbe gilt für die 4. Phase, der Fortbildung, deren ständige Pflege durch den Arzt für den Patienten lebenswichtig ist. Ihr kommt nicht nur die Aufgabe zu, innerhalb der Spezialitäten am Wissensfortschritt teilnehmen zu lassen, sondern auch alle Spezialitäten immer wieder durch wechselseitige Kommunikation zu verklammern. Nur dadurch, daß auch hier bis zuletzt die grundlegende Einheit des Arztberufes gewahrt bleibt, kann der Patient sicher sein, daß er von jedem Spezialisten einem anderen zugeführt wird, falls dieser ihm durch eine neue Methode besser helfen kann als vorher jener. Die regelmäßige Aufstellung von Schwerpunktthemen durch die Ärztekammern in Verbindung mit den wissenschaftlichen Gesellschaften tragen dazu wirksam bei. Gerade in der Fortbildungsarbeit zeigt es sich immer wieder, welche verheerenden Folgen eine Aufteilung des Arztberufes in verschiedene fachärztliche Spezialberufe haben würde, da die konsequente zentrifugale Weiterentwicklung mit Sicherheit eine wirksame, für den Patienten lebenswichtige enge Kommunikation zwischen den einzelnen Disziplinen paralysieren würde.